DES ALTÉRATIONS

DU

SYSTÈME LYMPHATIQUE GANGLIONNAIRE

CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS

DE

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

DES ALTÉRATIONS

DU

SYSTÈME LYMPHATIQUE GANGLIONNAIRE

CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS

DE

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par M. E. DOYEN,

Interne des hôpitaux.

Extrait des *Archives générales de médecine.*
(N° de juin 1883.)

PARIS

ASSELIN ET Ce, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

Place de l'École de médecine.

1883

DES ALTÉRATIONS

DU

SYSTÈME LYMPHATIQUE GANGLIONNAIRE

CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS

DE

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

La syphilis héréditaire a été, depuis le commencement de ce siècle, le sujet de travaux nombreux et intéressants, qui nous en ont fait connaître successivement les symptômes et les lésions anatomiques.

Par une exception singulière, on ne trouve que rarement signalé, par les divers auteurs qui ont décrit l'anatomie pathologique de cette affection, l'état du système lymphatique ganglionnaire.

Nous croyons utile d'attirer l'attention sur les altérations des ganglions lymphatiques, symptomatiques de la syphilis héréditaire, qui nous semblent, d'après les faits que nous avons

observés, avoir une existence propre et indépendante des autres manifestations viscérales.

Nous chercherons à les décrire d'après trois observations recueillies pendant l'année 1881 à la Charité, et que nous devons à l'obligeance de notre excellent maître M. le Dr Bernutz, et d'après un quatrième fait qu'il nous a été donné de rencontrer en 1882 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Lucas-Championnière.

Nous prions M. le Dr Bernutz de vouloir bien accepter l'hommage de ce petit travail.

Historique. — Les adénopathies qui font l'objet du présent mémoire ont été entrevues, dès le commencement du siècle, par d'excellents observateurs.

Dès l'année 1804, Lamauve (1), dans le supplément au Traité de Mahon sur la syphilis, décrit l'état des jeunes syphilitiques : « qui ont l'apparence de petits vieillards..... La tête est sans cheveux..... Ils ont le corps œdémateux; les glandes lymphatiques sont gonflées. »

Cette description, bien incomplète, ne resta pas sans écho. En 1810, dans une remarquable monographie sur la syphilis des nouveau-nés, Bertin reconnaissait l'existence des adénopathies profondes, en dehors de toute lésion cutanée.

« Les bubons inguinaux (2), nous dit-il, sont peu fréquents chez les enfants nouveau-nés, parce qu'il est rare qu'ils soient primitivement et immédiatement infectés par les parties voisines des glandes lymphatiques de l'aine.....

« ..... Les bubons que j'ai eu l'occasion d'observer, en petit nombre, chez les enfants atteints de syphilis constitutionnelle ou confirmée, sont plutôt des engorgements lymphatiques que des bubons, d'après l'idée qu'on se fait généralement de ce mot.....

---

(1) Mahon. Traité de la maladie syphilitique des femmes en couches et des nouveau-nés, publié par Lamauve, avec un supplément, p. 452, 1804.

(2) Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices, p. 74, 1810.

« .... Ces tumeurs glandulaires surviennent quelquefois longtemps après la disparition des autres symptômes syphilitiques. D'autres fois, elles ne sont précédées d'aucun autre. Plus ou moins stationnaires, elles se terminent parfois par la résolution pendant le cours du traitement. Elles sont généralement plus indolentes, plus atoniques que les bubons qui caractérisent l'infection primitive. Elles se rapprochent davantage des engorgements scrofuleux, avec lesquels on pourrait les confondre, si la constitution de l'enfant, la coïncidence de ces engorgements avec d'autres symptômes vénériens, les signes commémoratifs et les effets du traitement n'indiquaient leur nature. »

Après Bertin, la question tombe dans un oubli presque complet.

M. Vidal, dans sa thèse d'agrégation (1), cite le cas de M. Hutchinson (2), qui trouva, sur un enfant de 5 mois, un grand nombre de ganglions bronchiques infiltrés « de cette forme de dépôts fibrineux que l'on trouve si souvent en connexion avec la syphilis ».

M. Vidal juge que cette observation doit rentrer dans la grande catégorie des faits douteux, car l'enfant ne présentait pas de signes bien avérés de syphilis.

En 1863, M. Förster (3) décrivit dans la syphilis héréditaire une altération spéciale des plaques de Peyer, sans mentionner l'état des ganglions lymphatiques, malgré l'analogie de ces organes avec les follicules clos de l'intestin.

L'année suivante, le professeur von Bœrensprung signale, dans une monographie sur la syphilis héréditaire, des altérations des ganglions lymphatiques.

Cet excellent travail contient quelques faits sur lesquels nous insisterons tout particulièrement :

---

(1) Vidal. Th. d'agrégation, p. 32, 1860.

(2) Hutchinson. Med. Times and Gaz., 17 juillet 1858.

(3) Fœrster. Beiträge zur path. Anatomie der Cong. syph. in Wurtsb. med. Ztsch. IV, 1-16, analyse p. Recklinghausen in Centr. f. med., p. 175 1863.

Dans les observations XVI et XXII (1), l'auteur note simplement l'hypertrophie des glandes mésentériques.

Dans l'observation XXIV, il trouve à l'autopsie l'induration des ganglions du hile de la rate, qui sont augmentés de volume, et semés sur les coupes de points rougeâtres. Les ganglions pelviens, également tuméfiés, présentent un aspect analogue.

Dans l'observation LXIII, les canaux lymphatiques du ligament suspenseur du foie sont bien distincts; mais les ganglions du mésentère, surtout ceux qui correspondent au côlon, sont fort tuméfiés, blancs et indurés. Les follicules isolés du côlon, les plaques de Peyer de l'intestin grêle sont augmentés de volume.

Dans les conclusions, le professeur von Bœrensprung insiste sur ces altérations ganglionnaires.

Il considère les adénopathies de la syphilis héréditaire comme bien distinctes: d'une part, des adénopathies consécutives à l'irritation des réseaux cutanés; de l'autre, des engorgements ganglionnaires de la scrofule et de la tuberculose.

M. Humbert (2) présenta, en 1870, à la Société anatomique, les viscères d'un enfant atteint de syphilis héréditaire.

« Le poumon contenait des masses d'aspect caséeux, de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noisette..... Les ganglions thoraciques présentaient des altérations analogues, qui se retrouvaient à un degré plus avancé dans les ganglions sous-maxillaires. Quelques-uns de ces derniers étaient complètement ramollis. »

Cette observation est bien incomplète, le diagnostic nous semble d'ailleurs peu confirmé par la description des lésions anatomiques.

Le fait de M. Daniel Mollière (3) est plus intéressant. Il s'agit d'un enfant de 17 mois, atteint de syphilis congéuitale. A l'au-

(1) Bœrensprung. Monographie sur la syph. héréd. Berlin, 1864.

(2) Humbert. Lésions syph. multiples chez un enfant de 9 mois, Bull. Soc. anat., p. 43, 1870.

(3) D. Mollière. Obs. de syph. congén., Annales de derm. et syph., t. III, p. 31, 1870.

topsie, rien à noter du côté des viscères abdominaux. Les ganglions lymphatiques sont assez volumineux, soit dans l'aine, soit dans la chaîne prævertébrale. Ceux du médiastin, surtout, sont tuméfiés. Leur diamètre va jusqu'à 3 centimètres. Ils présentent de petits points caséeux.

Est-ce là une altération syphilitique? Le fait est au moins douteux, car l'auteur ajoute : « que le poumon est rempli au sommet de substance caséeuse (tubercule infiltré de Laënnec). En d'autres points, il est hyperhémié. Enfin, en beaucoup de régions, on trouve des granulations grises qui apparaissent comme des mouchetures blanches sur un fond rouge. Au microscope, ces granulations ont la structure du tubercule. »

Le Dr Gaetano Casati (1), dans une étude sur la syphilis infantile, cite l'augmentation de volume des glandes mésentériques comme ayant été notée plusieurs fois chez les enfants et les nouveau-nés. Cette assertion, par malheur, manque de commentaires.

Vers la même époque, le Dr Campana (2), de Naples, fit paraître une étude clinique des adénopathies syphilitiques. Une place bien restreinte est réservée aux adénopathies de la syphilis congénitale.

Après avoir cité les faits de Hutchinson, de Bœrensprung, et l'opinion de M. Lancereaux, l'auteur raconte avoir trouvé, à l'autopsie d'un enfant syphilitique âgé de quelques mois, une infiltration considérable des ganglions thoraciques et abdominaux, sans lésion des muqueuses correspondantes. Mais, dans d'autres circonstances, il a observé une altération des ganglions superficiels, et notamment des ganglions cervicaux.

Le traducteur, dans une note, trouve ces faits trop peu nombreux pour conclure. L'examen d'un grand nombre d'enfants syphilitiques lui a toujours montré que « l'adénopathie généralisée, qui est presque la règle dans la syphilis acquise, n'existe jamais dans la syphilis congénitale ».

---

(1) Gaetano Casati. Etudes et observations sur la syph. inf., trad. par D. Mollière, Ann. de derm. et syph.. t. IV; p. 442, 1874.

(2) Campana. Etude clinique des adénopathies syphilitiques, trad. par Ch. Madier. Ann. de derm. et syph., t. IV, p. 234.

M. Rivington (1) publia, en 1872, un cas de syphilis héréditaire tardive, chez une jeune fille de 16 ans, présentant un arrêt de développement tel, qu'elle paraissait avoir au plus l'âge de 6 ans. On constata, d'après divers symptômes de compression et par le palper, l'hypertrophie générale des glandes lymphatiques, en particulier dans le thorax et le mésentère.

M. Lancereaux (2), dans son Traité de la syphilis, admet que l'altération de la rate, qui coexiste en général avec la syphilis hépatique, est souvent accompagnée de lésions des ganglions lymphatiques.

Il mentionne la plupart des faits précités. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique et du mésentère lui paraissent être le siège le plus habituel de ces adénopathies.

Dans une observation clinique de syphilis héréditaire, M. Laschewitch (3) a signalé l'hypertrophie des ganglions cervicaux, sous-maxillaires et axillaires. Ce fait, comme celui de M. Rivington, n'est pas confirmé par l'autopsie.

Nous avons cité, par analogie, les observations de MM. Rivington et Laschewitch, qui ont trait à la syphilis héréditaire tardive, et ne rentrent pas dans les limites de notre mémoire.

En résumé, les quelques observations d'hypertrophie des ganglions lymphatiques chez les enfants en bas âge atteints de syphilis héréditaire, qui ont été rapportées par différents auteurs et signalées plus haut, sont très incomplètes, et ne contiennent que peu de détails intéressants. Aussi devrons-nous rapporter *in extenso* nos quatre observations et le résultat des autopsies qui servent de base à ce mémoire.

Dans chaque fait, le diagnostic de syphilis héréditaire est confirmé par les antécédents, par la marche clinique de l'affection, par l'anatomie pathologique.

Les autopsies, faites avec soin, l'examen histologique de presque tous les organes, ne nous ont laissé découvrir aucun indice de scrofule ou de tuberculose.

---

(1) Rivington. Med. Times and Gaz., 19 octobre 1872.

(2) Lancereaux. Traité de la syphilis, 1874.

(3) Laschewitch. Ueber syph. tarda hereditaria, Analy. in Centr. f. méd., p. 942, 1878.

Nous décrirons, chemin faisant, les altérations des différents viscères, afin de ne laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur.

OBSERVATION. I. — *Syphilis héréditaire. Mort à l'âge de* 36 *jours. Autopsie. Lésions du foie et de la rate. Hypertrophie des ganglions lymphatiques abdominaux.* — Le 16 avril 1881 entre avec sa mère, à la Charité, dans le service du Dr Bernutz, le nommé B... (Léon), âgé de 8 jours.

L'enfant présente des signes de cachexie syphilitique. Il est d'un teint pâle et terne et a eu sur la peau une éruption de plaques rosées. Le ventre est volumineux, ballonné. L'enfant crie la nuit et s'agite dans son berceau. Il est épuisé par les vomissements et une diarrhée copieuse, et semble atteint de péritonite.

La mère porte des plaques muqueuses. Elle paraît avoir contracté la syphilis vers le quatrième mois de la grossesse.

Le 14 mai, l'enfant meurt dans le collapsus, à l'âge de 36 jours, sans être fort amaigri.

A l'autopsie : quelques cuillerées de sérosité louche dans l'abdomen. Le foie, la rate, la convexité de l'estomac, sont revêtus d'un exsudat puriforme concret, adhérent à la séreuse. Le reste de leur enveloppe péritonéale présente une teinte louche, un aspect dépoli. On distingue avec peine les lymphatiques de la surface du foie. La rate est fort augmentée de volume (hauteur, 8 cent.; largeur, 5 cent.; épaisseur, 2 cent.). Le foie est volumineux. Ses bords sont minces, arrondis. La capsule semble distendue. La face convexe est parsemée de marbrures rougeâtres, qui tranchent sur un fond d'un jaune vif. On ne distingue aucune lobulation. La coupe est sèche, uniforme, presque exsangue et présente peu d'orifices vasculaires. On y remarque un léger piqueté blanchâtre.

Le tissu hépatique, ferme, élastique. résiste à la pression du doigt.

La rate, sur les coupes, est violacée. Sa consistance est accrue, surtout à la partie inférieure.

Nous sommes frappé du volume des ganglions lymphatiques du mésentère, du hile du foie et de la rate, du médiastin. Leur teinte est d'un blanc grisâtre. Leur diamètre varie de 3 à 8 millimètres.

Les poumons sont sains.

Les reins, anémiques, présentent des dépôts uriques dans les pyramides. La voûte crânienne, amincie, est presque perforée au voisinage des bosses pariétales et de la suture sagittale. Le cerveau est sain.

Les os ne semblent pas altérés.

Passons à l'examen histologique :

On sait que le foie du nouveau-né est moins nettement divisé en lobules que le foie de l'adulte. Chez notre sujet, aucune trace de lobulation normale. Un réseau de travées conjonctives serpigineuses, formées de cellules fusiformes et de quelques cellules embryonnaires, enserre de petits groupes de 3 à 10 cellules hépatiques.

La disposition des bandes de sclérose est celle des vaisseaux radiés, dont elles ont pris la place.

Les cellules glandulaires, atrophiées par la compression, sont chargées de gouttelettes de graisse et de granulations pigmentaires.

Dans les espaces portes, quelques petits amas de cellules rondes s'observent autour des vaisseaux sanguins et biliaires, et principalement au voisinage des fentes lymphatiques.

La capsule de la rate est épaissie, chargée de cellules jeunes. Les couches superficielles en sont dissociées par un exsudat fibrineux mêlé de globules de pus. La substance splénique est généralement hypertrophiée. Les travées conjonctives et le réticulum sont épaissis. Les corpuscules de Malpighi, tuméfiés, présentent une surabondance de petites cellules rondes.

Quelques artérioles, atteintes de périartérite et d'endartérite, de même que les vaisseaux du foie, présentent un calibre inégal, parfois oblitéré par un bouchon fibrineux.

L'examen histologique des ganglions n'a pas été fait.

Obs. II. — *Syphilis héréditaire. Mort à l'âge de 1 mois 24 jours. Autopsie. Syphilis viscérale. Hypertrophie générale des ganglions lymphatiques.* — La nommée S... (Marie), âgée de 23 ans, couturière, entre le 25 août 1881 dans le service du Dr Bernutz.

Elle eut un enfant mort-né il y a quatre ans, à la suite d'un accouchement difficile. Le second enfant naquit le 11 juillet 1881, à la maternité de Cochin, et fut nourri par la mère.

Au Vésinet, il contracta un coryza tenace. Il se mit à vomir le lait, qu'il tetait avidement. Des selles diarrhéiques, d'un jaune pâle, l'épuisèrent.

Sur le foie et le tronc se fit vers le 6 août une éruption de macules cuivrées. On observe en dessous du sillon mento-labial deux plaques rosées, légèrement saillantes. L'une est revêtue au centre d'une croûte mince.

La nuit, l'enfant pousse des cris aigus. Le facies terne contraste avec la teinte anémique du tronc et des membres. Sur les fesses,

dans le sillon inguino-crural, des érosions et des fissures profondes.

Le foie est volumineux et descend plus bas que l'ombilic.

La rate semble augmentée de volume.

L'habitus extérieur est cachectique, malgré un certain embonpoint.

La mère porte dans l'aine une adénite bilatérale indolente, et, sur la grande lèvre droite, une petite cicatrice indurée. Le père a des croûtes sur le corps et le cuir chevelu.

L'enfant dépérit, malgré des frictions journalières d'onguent mercuriel, ordonnées par le Dr Bernutz, et meurt à l'âge de 54 jours.

A l'autopsie : le foie, jaune, volumineux, présente sur sa face convexe quelques marbrures rougeâtres. Le bord inférieur, mousse, arrondi, descend au voisinage de la crête iliaque. On observe un peu de périhépatite fibrineuse de la face convexe, qui est terne et dépolie.

Les troncs lymphatiques sous-péritonéaux, si visibles d'ordinaire sur les foies de jeunes enfants, ne se retrouvent que sur le bord inférieur et à l'attache des ligaments hépatiques. En ces points, ils forment de petites traînées opalines, et semblent être le siège d'une certaine irritation.

La rate offre des dimensions anormales : 7 centimètres sur 4. La face externe adhère au péritoine pariétal par l'intermédiaire d'une mince couche fibrino-purulente.

La totalité des ganglions lymphatiques est le siège d'une hypertrophie fort remarquable.

Le mésentère, jusqu'à son bord libre, est parsemé de glandes d'un gris violacé, du volume d'un haricot. Leurs dimensions augmentent vers le bord adhérent. En bas, ce groupe se continue avec la chaîne des ganglions hypogastriques, iliaques et inguinaux. Ces derniers, toutefois, sont bien moins volumineux, malgré l'existence de fissures et d'excoriations sur le trajet des lymphatiques afférents.

En arrière, la chaîne des ganglions lombaires est énormément tuméfiée. Nous n'y pouvons retrouver le canal thoracique. Plus haut, un groupe important entoure le trépied cœliaque et se prolonge le long des branches artérielles jusqu'au hile du foie, où nous trouvons trois ganglions volumineux, de 6 à 8 millim. de diamètre ; jusqu'au hile de la rate, en suivant le bord supérieur du pancréas et le repli pancréatico-splénique ; le long des deux courbures de l'estomac, dans l'épaisseur des feuillets épiploïques.

Au-dessus du diaphragme, nous rencontrons 3 ou 4 ganglions en-

gorgés en avant de la base du péricarde, au point où se rendent les lymphatiques ascendants antérieurs de la face convexe du foie. En arrière, les différents groupes ganglionnaires prévertébraux, diaphragmatiques postérieurs, médiastinaux, d'un volume égal à celui de la chaîne des ganglions lombaires, remontent jusqu'à la partie supérieure du médiastin.

Les ganglions bronchiques du hile du poumon et ceux qui entourent la trachée sont tuméfiés et congestionnés, malgré l'intégrité des organes de l'hémastose.

Plus loin, nous découvrons, sous la clavicule, vers l'aisselle, le long des carotides, une série de ganglions du volume d'une lentille.

Il n'existe aucune lésion du cuir chevelu.

Examinons maintenant le parenchyme des viscères.

La consistance du foie est accrue. Aucune trace de lobulation. Il présente un couleur pierre à fusil et un semis de points grisâtres. Par le raclage on obtient un liquide filant, qui ne donne plus par l'acide azotique la réaction de la bile. C'est un mucus presque incolore, que nous retrouvons en petite quantité dans la vésicule Les coupes sont fermes, presque exsangues.

La rate est indurée. On distingue bien les corpuscules de Malpighi. Le pancréas, les capsules surrénales sont sains. Les reins ne présentent pas de syphilomes miliaires.

Les testicules sont fermes, légèrement augmentés de volume. Des deux côtés, un peu de sérosité dans la vaginale. Les poumons ne présentent pas de foyers d'hépatisation blanche. Les bases sont congestionnées. Le thymus est sain. Le cœur présente dans la cloison interventriculaire une gomme du volume d'un gros haricot, faisant saillie dans les deux cavités. Rien à noter pour le cerveau, si ce n'est une suffusion séreuse de la pie-mère sur la convexité des hémisphères.

L'épiphyse supérieure du fémur est saine.

L'examen histologique des pièces nous donne les résultats suivants : le liquide obtenu par le raclage du foie contient des cellules hépatiques atrophiées, chargées de gouttelettes de graisse et de pigment biliaire. Le noyau est à peine visible.

(Nous avons pour terme de comparaison une série de foies d'enfants en bas-âge.)

Sur les coupes de notre foie syphilitique, les lésions interstitielles sont plus avancées que dans notre premier cas. Il semble que le processus ait été plus intense et plus rapide à la fois. Les lobules sont

dissociés d'une façon régulière dans toute leur épaisseur. On a peine à retrouver quelques veines centrales, quelques espaces portes, où existent des traces d'une périlymphangite manifeste.

La rate présente les mêmes altérations que dans le cas précédent. Les testicules sont atteints d'orchite interstitielle.

Les ganglions lymphatiques du hile du foie et de la rate, du mésentère, les ganglions sus-diaphragmatiques et carotidiens présentent des lésions comparables à celles de la rate. La plupart des troncs lymphatiques afférents, dans l'épaisseur de la capsule, sont dilatés et remplis d'un bouchon de cellules épithélioïdes.

Certains, presque intacts, ne présentent qu'un état globuleux de l'endothélium, dû à l'augmentation de volume et à la transformation vésiculeuse du noyau.

Ailleurs, des globules blancs adhèrent à la membrane interne, et l'on observe dans le calibre du vaisseau de grosses cellules épithélioïdes d'un diamètre bien supérieur à celui des leucocytes.

Les troncs lymphatiques les plus altérés ne se reconnaissent qu'à la présence d'un anneau conjonctif tapissé par une couche assez régulière de cellules endothéliales tuméfiées. La lumière du vaisseau est bourrée de globules blancs et de grandes cellules épithélioïdes, qui paraissent provenir de la prolifération de l'endothélium.

Les voies lymphatiques de l'intérieur du ganglion sont généralement dilatées. Dans la substance médullaire, leur endothélium est bien visible et semble normal, mais on observe un épaississement de la gaine conjonctive des artérioles. Les travées fibreuses dépendant de la capsule du ganglion sont élargies, et l'on remarque, notamment dans les ganglions situés au devant du péricarde, de la congestion des capillaires sanguins, chargés d'une abondance de globules blancs.

Les sinus lymphatiques sont bourrés de cellules, et laissent à peine entrevoir leur reticulum. Les follicules forment de petites masses globuleuses qui se reconnaissent au tassement et au faible diamètre de leurs éléments nucléaires. Ils sont semés de nombreux capillaires où prédominent les globules rouges.

Ces altérations existent à leur maximum dans les ganglions du hile, du foie et de la rate, au bord supérieur du pancréas, du mésentère et des épiploons, ainsi que dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques ascendants du foie.

Les ganglions carotidiens, les ganglions superficiels, en général, sont d'un moindre volume, et, partant, moins altérés. On y remarque

en première ligne une accumulation extrême de cellules lymphatiques.

Obs. III. — *Syphilis héréditaire. Forme lente. Mort à l'age de 13 mois et demi. Autopsie. Hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques.*— La nommée L... (Marie), domestique, entre avec son enfant le 30 juillet 1881 dans le service du Dr Bernutz, salle Sainte-Julie. La mère a contracté la syphilis avant sa dernière grossesse. Elle accoucha le 2 novembre 1880 d'un enfant du sexe masculin. L'enfant resta quelque temps bien portant, puis se mit à dépérir.

La nuit, il poussait des cris plaintifs et portait les mains à la tête. A son entrée à la Charité, l'enfant présente deux fissures aux commissures labiales. Il a depuis plusieurs semaines un coryza persistant. Les ganglions cervicaux sont engorgés. Le ventre est volumineux. On trouve à la face dorsale des poignets deux plaques d'érythème papuleux, présentant une desquamation furfuracée. L'enfant tousse et offre à l'examen du thorax de la submatité à droite et des râles sous-crépitants disséminés. Le 3 août, les fissures labiales s'étendent en profondeur. M. le Dr Bernutz ordonne comme traitement des frictions mercurielles. Le 13 août, les plaques papuleuses des poignets ont disparu.

L'enfant est cachectique, sans perdre beaucoup de son embonpoint. La face est terne. Le tronc et les membres, d'un blanc mat. La nuit, il crie et agite les jambes. La toux augmente. On perçoit à droite de la matité et de gros râles humides ; à gauche de la submatité et des râles sous crépitants. Parfois, des mucosités s'accumulent dans la trachée. Le 24 septembre, la mère part au Vésinet. L'enfant ne cesse pas de s'affaiblir.

Le 14 octobre, elle le ramène dans le service. Il a été pris de vomissements sanguinolents. Les bronches sont embarrassées par du mucus et du pus. Les fosses nasales sont oblitérées par des croûtes jaunâtres, qui se concrètent à l'orifice des narines. Sur les bourses, au pourtour de l'anus, s'est faite une éruption de plaques érythémateuses arrondies. Le facies est légèrement bistré. Les conjonctives sont atteintes d'une inflammation muco-purulente dont l'enfant ne semble pas souffrir. On reprend le traitement par les frictions mercurielles.

M. Bernutz ordonne un vésicatoire dans le dos. La broncho-pneumonie s'aggrave. L'enfant prend avidement le sein, mais vomit plusieurs fois par jour.

La mère présente depuis quelques jours de l'iritis syphilitique de l'œil droit.

L'iodure de potassium qu'elle prend à l'intérieur ne semble pas améliorer l'état du nourrisson.

Le 24 octobre, l'enfant présente une gomme à la face externe de l'avant-bras droit. Les fissures des lèvres sont guéries depuis plusieurs semaines. L'enfant n'a actuellement aucune lésion cutanée. On constate néanmoins par le palper une adénopathie cervicale, sous-maxillaire, et sterno-mastoïdienne.

Le 20 novembre, se produit un écoulement purulent par l'oreille gauche. L'enfant, abattu, gît immobile dans le berceau. A peine a-t-il encore la force de pleurer. Il succombe le 22 décembre aux atteintes du croup.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain par notre ami M. Costilhes, qui a bien voulu nous conserver les pièces.

Dans le petit bassin se trouvaient quelques cuillerées de sérosité purulente. Le foie, la rate présentent sur leur face convexe un léger exsudat fibrineux. Le foie pèse 340 gr., sa longueur est de 14 cent., sa hauteur, de 11 cent. La rate offre 9 cent., sur 5, et pèse 55 gr. Les deux poumons sont durs, volumineux, de teinte grisâtre, et adhèrent à la plèvre pariétale.

Si nous écartons ces viscères, nous sommes en présence d'une hypertrophie générale des ganglions lymphatiques.

Cette adénopathie est ici bien plus marquée que dans nos premières observations.

L'enfant est plus âgé : il semble que le virus syphilitique ait eu le temps d'exercer de profonds ravages.

Les ganglions ont communément le volume d'un gros haricot. Cette chaîne de ganglions lymphatiques hypertrophiés, qui se continue du bassin au sommet de la poitrine, et de là vers les régions sous-maxillaire et carotidienne, est hors de proportion avec les lésions cutanées, observées pendant la vie. Les syphilides superficielles étaient d'ailleurs disparues bien avant la mort.

Les ganglions inguinaux et iliaques externes ont le volume de petits pois. L'adénopathie se montre au degré maximum dans les ganglions lombaires et prévertébraux.

Le mésentère est chargé de glandes confluentes, qui se touchent en bien des points. Un groupe important entoure le trépied cœliaque et rayonne, dans l'interstice des feuillets épiploïques, vers le hile du foie, le long des courbures de l'estomac et du bord supérieur du

pancréas, vers le hile de la rate. Au-dessus du diaphragme, un groupe de quatre ganglions du volume de petits pois sépare l'appendice xiphoïde de la base du péricarde.

Les ganglions diaphragmatiques postérieurs, qui entourent l'orifice de la veine cave, et les ganglions du médiastin, sont énormes. Il existe, au hile du poumon, un groupe de gros ganglions en voie de ramollissement.

La coupe en laisse échapper un suc puriforme, et prend une consistance spongieuse après l'action d'un filet d'eau.

Sous la clavicule, jusque dans le creux axillaire, dans les principales régions du cou, nous retrouvons des séries de glandes d'un gris terne, parfois légèrement violacées, de la grosseur d'un pois à la région carotidienne, bien plus volumineuses à la région sous-maxillaire, ce qui s'explique par la complication ultime de diphthérie pharyngo-laryngée.

Si nous examinons en détail les différents viscères, nous constatons une intégrité presque absolue du foie, de l'estomac, de l'intestin, des reins et des capsules surrénales, La rate est hypertrophiée, ferme, d'une teinte foncée. Les deux poumons sont profondément atteints. Le gauche, généralement congestionné, présente de nombreux points d'hépatisation blanche. Le droit est dur, volumineux, comme dans la pneumonie fibrineuse de l'adulte. Mais sa couleur est d'un gris sale. Sur les coupes, les canaux aériens, remplis de pus, sont entourés d'épais nodules péribronchiques où l'on observe de petites gommes et des points ramollis. Le cœur est volumineux. Les parois des ventricules ont 8 millimètres d'épaisseur à gauche, deux et demi à droite. Le poids est de 60 grammes.

La muqueuse laryngée est revêtue d'une fausse membrane diphthéritique, qui descend sur les premiers anneaux de la trachée.

Nous noterons ici la longue durée de la cachexie syphilitique, la persistance d'une certaine abondance de tissu adipeux, soit dans le fascia sous-cutané, soit dans les replis péritonéaux.

Certains groupes de ganglions hypertrophiés, comme ceux de la racine du mésentère, baignent dans un tissu cellulaire chargé de graisse.

L'examen histologique nous montre le foie presque sain. Cependant les espaces portes offrent une texture fibroïde et une largeur remarquable. Quelques bandes fibreuses dissocient la périphérie des lobules attenants. Les coupes, traitées par le pinceau, se font remarquer par la résistance de la charpente celluleuse intra-lobulaire.

Notons enfin une abondance de globules blancs dans les vaisseaux radiés. Les cellules hépatiques sont chargées de granulations graisseuses et pigmentaires. Leur noyau est peu visible.

La rate est remarquable par l'augmentation de volume de ses follicules. Le rein est sain. Les capillaires de la substance tubuleuse contiennent une forte proportion de leucocytes.

Les poumons sont atteints dans toute leur étendue des lésions de la broncho-pneumonie syphilitique, depuis la desquamation initiale de l'épithélium alvéolaire jusqu'à la suppuration des bronches dilatées et ulcérées, et la formation d'épais nodules péribronchiques criblés de gommes miliaires.

Les coupes des ganglions lymphatiques nous ont montré des lésions analogues à celles de notre deuxième observation, c'est-à-dire l'inflammation des vaisseaux afférents dans l'épaisseur de la capsule, l'épaisissement des travées conjonctives et des anneaux celluleux péri-artériels, et une abondance de cellules de la lymphe, distendant à la fois les sinus péri-folliculaires et les canaux de la pulpe.

Obs. IV. — *Syphilis héréditaire. Infection par le père, atteint de lésions tertiaires. Gomme du testicule gauche. Broncho-pneumonie syphilitique. Mort. Autopsie. Hypertrophie générale des ganglions lymphatiques.* — Cet enfant, robuste en apparence, fut bien portant, jusqu'à l'âge de 12 mois. A cette époque, la mère s'aperçut que le testicule gauche était volumineux et dur comme une petite fève. Elle fit voir l'enfant à M. Lucas-Championnière, puis, en son absence, à M. Schwartz. A la fin de l'année 1881, l'enfant parut s'affaiblir. Il toussait quelque peu.

La tumeur du testicule avait atteint le volume d'un œuf de pigeon, et devenait adhérente en bas et en avant à la peau des bourses. La mère, âgée de 29 ans, est robuste et n'a jamais été malade. M. Schwartz incline pour le diagnostic de tuberculose du testicule.

La tumeur, indolente, d'une dureté ligneuse, est assez régulièrement ovoïde. On ne peut délimiter l'épididyme. Aucune trace d'adénopathie inguinale.

L'enfant entre avec la mère, salle Boyer, à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Lucas-Championnière.

M. Schwartz pratique la castration, le 5 février. La tumeur est extirpée avec la vaginale, partout adhérente, et un lambeau du scrotum.

L'enfant est alors âgé de 18 mois ; la réunion se fait en six jours. Il sort avec sa mère.

L'examen de la tumeur, incisée verticalement, nous montre qu'elle a pour siège les deux tiers inférieurs du testicule. La séreuse est encore distincte à la partie supérieure, et contient un peu de sérosité citrine. L'épididyme fait corps avec la tumeur, composée d'un tissu grisâtre, élastique, semé de petits points jaunâtres ramollis. Il n'y a pas de ces vastes foyers caséeux, caractéristiques de l'affection tuberculeuse de la glande séminale.

L'examen histologique nous montre les portions en apparence saines du testicule atteintes d'orchite interstitielle. La tumeur est constituée par une gomme composée de nodules élémentaires, dont quelques-uns subissent au centre la fonte granuleuse.

Un grand nombre de cellules géantes s'y montrent formées par la transformation colloïde et l'agrégation des épithéliums glandulaires, qui se tassent dans le calibre des tubes oblitérés.

Le 20 février, on apprend que l'enfant se porte mal: des plaques érythémateuses sont apparues sur le scrotum, les fesses, le haut des cuisses. Il est triste, abattu, refuse de marcher, perd tout appétit et maigrit chaque jour. Il est grand, d'un teint pâle. Les chairs sont flasques et molles.

Une gomme s'est formée à la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Le père, que nous avons interrogé, est âgé de 50 ans. Nous apprenons qu'il a contracté la syphilis à l'âge de 25 ans. Il s'est marié dix-sept ans plus tard, alors qu'il présentait depuis plusieurs années des exostoses des deux tibias et des rotules.

Dans sa jeunesse, il a eu des manifestations scrofuleuses articulaires. La syphilis a revêtu chez lui une gravité exceptionnelle, malgré un traitement spécifique assez bien suivi.

La mère n'a jamais présenté aucun symptôme de syphilis, et ignore le mal de son mari. L'enfant est atteint de syphilis héréditaire transmise par la voie paternelle, sans infection de la mère. Il est mis à l'usage de l'iodure de potassium.

Le 6 mars, la mère le ramène à l'hôpital Tenon, avec les symptômes du croup. On pratique la trachéotomie le lendemain. L'enfant, immédiatement soulagé, rejette bientôt par la plaie du cou les liquides qu'on lui fait boire, et meurt le 9 mai, dans la nuit, avec des râles sous-crépitants dans les poumons.

A l'autopsie, le poumon droit se montre atteint de broncho-pneumonie simple au premier degré. La surface en est bigarrée de plaques rouges et violacées, correspondant à la base des lobules ; sous la

séreuse, quelques petits nodules fibreux, entourés d'une zone de sclérose. Le poumon gauche présente plusieurs foyers d'hépatisation blanche. Sur la partie latérale du lobe inférieur, une cicatrice transversale, dure, déprimée, offre l'aspect des cicatrices gommeuses des foies syphilitiques de l'adulte. On rencontre le long du bord tranchant trois autres petites cicatrices analogues.

A ce niveau, sur les coupes, quelques cavernules creusées dans un tissu grisâtre et fibroïde. A l'entour, nous trouvons sous la séreuse quelques gommes miliaires. Les sommets sont sains, ou légèrement congestionnés.

Les lobes inférieurs sont particulièrement atteints. Nous sommes en présence d'une broncho-pneumonie récente, greffée sur d'anciennes lésions syphilitiques.

Le cœur présente un léger épaississement du bord libre des valvules pulmonaires.

Les autres viscères présentent une teinte anémique.

L'intérêt de cette autopsie réside pour nous dans les altérations du système lymphatique ganglionnaire.

Les ganglions superficiels sont communément hypertrophiés. Dans le pli de l'aine, le long des carotides, à la région cervicale, ils ont le volume de petits pois. Ceux de la région sous-maxillaire sont un peu plus gros. Dans l'abdomen, un chapelet des ganglions iliaques d'un violet pâle forme à droite un groupe important, au voisinage du cæcum, et gagne, le long de la veine cave, la voûte diaphragmatique. A gauche on distingue au milieu des ganglions syphilitiques le canal déférent, qui offre deux renflements fusiformes, de nature gommeuse, et aboutit à une tumeur semblable, du volume d'une noisette, englobant la vésicule séminale et la partie adjacente de la prostate. Le testicule droit est atteint d'orchite interstitielle. Le cordon droit, la vésicule séminale droite, la vessie, l'urèthre, sont parfaitement sains. L'adénopathie des ganglions du bassin est cependant aussi marquée que du côté gauche, où l'on eût pu l'attribuer à la tumeur de la glande séminale.

Les ganglions lombaires présentent un volume énorme. Le mésentère est le siège d'une adénopathie comparable à celle que l'on observe dans la tuberculose des ganglions abdominaux, chez les jeunes enfants.

La coupe de ces ganglions est ferme, rosée, et laisse échappper par le raclage une quantité de cellules lymphatiques.

Les ganglions cœliaques présentent un aspect semblable, ainsi

que ceux du hile du foie et de la rate, de l'épiploon gastro-hépatique, du bord supérieur du pancréas, et de la grande courbure de l'estomac.

Au-dessus du diaphragme, nous trouvons un groupe de ganglions hypertrophiés entre le péricarde et l'appendice xiphoïde, à l'endroit où aboutissent les lymphatiques antérieurs du foie et du centre phrénique.

Leur diamètre est plus considérable que dans les précédentes autopsies. Les ganglions diaphragmatiques postérieurs, ceux du médiastin ont parfois le volume d'une noisette et plus encore : un énorme ganglion médian sépare les bronches et tend à devenir caséeux.

Les ganglions bronchiques intra-pulmonaires sont volumineux, surtout à gauche. Quelques-uns sont infiltrés de pus. On les distingue aisément des ganglions caséeux de la tuberculose. Ceux-ci, réduits souvent à une masse ramollie, entourée d'une coque fibreuse, laissent échapper à la coupe une bouillie jaunâtre. Ce sont de véritables abcès tuberculeux, avec destruction de la substance glandulaire.

Lés ganglions syphilitiques d'apparence caséeuse ont une teinte grisâtre ; la coupe en est ferme, spongieuse ; si on les traite par le raclage, on extrait par la pression un suc puriforme.

L'action d'un filet d'eau, loin de désagréger la surface de section, en chasse les éléments libres, en voie de fonte granuleuse, et met en évidence la charpente conjonctive.

Nous ne devons pas oublier, en effet, que le processus scléreux tient une grande place dans les lésions anatomiques de la syphilis héréditaire.

L'examen histologique des viscères nous montre à droite de l'orchite interstitielle. L'épididyme est transformé en une masse de tissu conjonctif où l'on trouve quelques traces de son canal et un nodule gommeux. Les poumons, aux points congestionnés, présentent une prolifération de l'épithélium alvéolaire, devenu globuleux par suite du gonflement des noyaux.

Les lobules atteints d'hépatisation blanche sont bourrés de cellules pépithéliales et de leucocytes.

Au voisinage, d'épaisses travées interlobulaires et des nodules éribronchiques sont criblés de petites gommes.

La coupe d'une des cicatrices du bord tranchant du poumon gauche présente au centre un petit foyer granuleux, vestige d'une gomme en voie de guérison.

La rate, sur une coupe, offre un petit amas de cellules rondes, qui semble être un follicule gommeux élémentaire.

Dans le foie, les espaces portes commencent à s'infiltrer de cellules jeunes. Les cellules hépatiques sont chargées de gouttelettes de graisse. Le stroma conjonctif du rein est particulièrement épaissi, et semé de cellules embryonnaires.

A propos des lésions histologiques des ganglions lymphatiques, nous nous bornerons à signaler qu'elles étaient analogues à celles des cas précédents.

Nous placerons ici une cinquième observation, recueillie dans le service du Dr Bernutz. Nous n'avons pas fait l'autopsie. Néanmoins, les symptômes observés nous donnent à penser que nous eussions rencontré l'hypertrophie des glandes lymphatiques, si la mère n'avait pas voulu sortir avant la mort de l'enfant.

Obs. V.— *Syphilis héréditaire.— Éruptions cutanées.— Hypertrophie des ganglions du cou. — Symptômes viscéraux.*— La nommée B... (L...), âgée de 23 ans, accoucha, le 27 juin, à l'hôpital Tenon, d'un enfant à terme. On le vaccina à l'âge de 2 jours. Il eut une ophthalmie purulente, guérie à la fin d'août.

Huit jours après, apparurent des rougeurs sur les bras. Une des pustules de vaccine, à droite, ne se guérit pas, et fit place à une ulcération arrondie, assez superficielle, d'où s'écoule un pus sanieux. La peau est enflammée à l'entour.

Sur les bras, les fesses, se montrent des pustules d'ecthyma profond ; puis, à leur place, des croûtes stratifiées et de petites cicatrices cuivrées.

L'enfant, nourri au sein, reste pâle et sans vigueur.

La mère entre, le 17 septembre, dans le service du Dr Bernutz, à la Charité.

Elle présente une adénopathie inguinale double, et une éruption de papules rosées confluentes dans le dos.

L'enfant porte, à l'extrémité des doigts, les traces de bulles de pemphigus.

Nous constatons, par le palper, l'augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

En avant de la clavicule gauche et sur le dos de la main, se fait une éruption de vésicules, semblables à celles du zona, qui se flétrissent en quelques jours.

La nuit, l'enfant a des accès de coliques, et s'agite en pleurant. Les selles sont diarrhéiques, jaunes, et parfois légèrement verdâtres.

Le petit malade est exclusivement nourri du lait maternel. Depuis l'entrée, on lui fait chaque jour des frictions avec de l'onguent mercuriel.

Le 24 septembre, sur l'emplacement des vésicules, existent des macules cuivrées.

L'enfant a du coryza double.

Le 15 octobre, se fait, aux mains et aux pieds, une poussée de bulles de pemphigus; et, sur les membres, le tronc, la face, une éruption de pustules d'ecthyma.

Le visage prend une teinte terreuse. Les coliques deviennent plus fréquentes. La nuit, l'enfant pousse des cris plaintifs. Le ventre semble sensible. Le palper est impraticable.

Les vomissements ne sont pas très fréquents. L'état reste plusieurs semaines stationnaire.

Le 24 novembre : une poussée de vésicules sur le front, le dos des mains, les poignets.

L'enfant se met à tousser. Les éruptions cutanées disparaissent peu à peu. La mère demande à sortir le 13 décembre. L'enfant, pâle, cachectique, ne présente pas une grande maigreur. Sa faiblesse est extrême.

Nous ne l'avons pas revu.

Il n'a pas dû survivre longtemps, et nous aurions probablement trouvé à l'autopsie l'hypertrophie des ganglions profonds, qui devaient être atteints aussi bien que ceux du cou.

Les lésions ganglionnaires que nous avons décrites dans les quatre premières observations ont besoin, pour être justement appréciées, d'être rapprochées de quelques autres cas de syphilis héréditaire où elles n'existaient pas.

Nous esquisserons ensuite l'état physiologique des glandes lymphatiques chez les enfants en bas âge, et nous résumerons parallèlement nos cas pathologiques.

Obs. VI. — *Syphilis héréditaire. — Éruptions cutanées. — Mort à l'âge de 2 jours. — Intégrité des ganglions lymphatiques.* — La nommée H..., âgée de 27 ans, entre, le 15 avril 1881, à la Charité, dans le service du professeur Laboulbène. Elle présente une angine syphilitique, et de l'iritis à droite. Elle est enceinte de six mois et demi environ. On la soumet au traitement spécifique. Elle accouche, le 22 juin, dans le service du Dr Bernutz, à huit mois et demi. L'enfant est maigre. Les téguments sont couverts de plaques cuivrées. On remarque,

le lendemain, des papules et quelques taches de purpura, des fissures aux commissures labiales. Il s'écoule par le nez un liquide muco-purulent. L'enfant respire mal, et refuse de boire. Il meurt le 23 juin.

Sa taille est de 45 centimètres.

A l'autopsie, le foie, volumineux, présente, sur sa face convexe, quelques taches jaunâtres, au niveau desquelles la substance est plus ferme, moins vasculaire. Les reins sont pâles, les capsules ramollies. La rate est ferme, violacée; les poumons, congestionnés, crépitent à peine, et sont presque à l'état fœtal. L'air ne les a que partiellement pénétrés. On observe de petites ecchymoses sous-pleurales.

Les ganglions lymphatiques sont partout fort petits et congestionnés; ceux du mésentère ont des dimensions fort exiguës. On découvre, avec peine, les ganglions de la région iliaque, du médiastin, du hile des principaux viscères.

L'examen histologique du foie montre une certaine abondance de cellules rondes autour des vaisseaux sanguins et biliaires, dans les espaces conjonctifs. Les coupes, un peu grossières, ne permettent pas d'examiner l'état des fentes lymphatiques. Il n'y a pas de sclérose diffuse intra-lobulaire.

Obs. VII. — *Syphilis héréditaire. — Coryza. — Éruptions cutanées. — Mort à l'âge de* 25 *jours. — Altération du foie et des os. — Intégrité du système lymphatique gauglionnaire.* — La nommée F..., lingère, entre, le 10 juillet, dans le service de M. Bernutz, pour y faire ses couches. Cette femme n'accuse pas d'antécédents syphilitiques. L'examen est négatif.

Elle n'a vu le père de son enfant que pendant un mois, et ignore s'il était malade.

Elle accouche, le 17 juillet, d'un garçon de huit mois et demi. L'enfant demeure bien portant quatre ou cinq jours, puis se met à dépérir. Il a quelques accès de convulsions. Un écoulement muco-purulent se produit par les narines, qui sont obstruées par des croûtes jaunâtres. L'enfant ne peut garder le sein. Des plaques papuleuses se montrent sur les lèvres. Puis, sur la face, une éruption confluente de macules cuivrées, qui sont le siège d'une légère desquamation. L'enfant crie, et s'agite la nuit.

Le 17 août, les plaques ont envahi tout le corps, tout en s'y montrant moins abondantes que sur le visage.

L'enfant contracte une ophthalmie purulente de l'œil droit. La mai-

greur s'accentue. Le ventre devient globuleux. L'enfant entre dans un abattement complet. Ses cris s'éteignent. Il se produit à l'oreille droite une ulcération profonde du tragus, à contours arrondis et taillés à pic.

Le petit malade meurt le 11 août.

A l'autopsie, le péritoine est sain. La rate, ferme, ne présente rien de particulier.

Pour le foie, nous remarquons un peu d'induration jaunâtre de la face convexe, du lobe de Spiegel, et surtout du bord tranchant.

La vésicule contient un liquide muqueux, filant, à peine coloré par les principes de la bile.

Le canal thoracique et la citerne de Pecquet sont remplis d'une lymphe citrine.

Les lymphatiques de la surface du foie sont très visibles, ainsi que ceux du hile de l'organe.

Les poumons sont congestionnés aux bases.

Les reins, d'une teinte pâle, présentent une abondance de dépôts uriques dans les pyramides,

Les os ne présentent pas de gonflement juxta-épiphysaire.

L'extrémité supérieure du fémur est atteinte d'infiltration gélatiniforme.

Les ganglions lymphatiques ont partout un volume très petit, aussi bien dans le mésentère et les régions viscérales que dans les régions superficielles.

L'examen histologique du foie nous met sous les yeux la première phase de l'altération de cet organe dans la syphilis héréditaire. Sur les points indurés, les espaces vasculaires radiés sont épaissis.

Une substance conjonctive amorphe ou finement granuleuse, semée de noyaux ou de cellules rondes, isole les cellules hépatiques des capillaires veineux, dont la lumière ne tarde pas à disparaître.

Dans les espaces conjonctifs, les fentes lymphatiques sont revêtues d'un endothélium à noyau saillant et tuméfié. On observe tout autour une zone d'irritation caractérisée par de petits amas de cellules embryonnaires. Sur les points moins altérés, après l'action du pinceau, on remarque l'épaississement des fines travées celluleuses qui supportent les capillaires et les cellules hépatiques.

Nous rapprocherons ces lésions de l'hépatite syphilitique de l'adulte, reconnue, depuis les travaux de M. le professeur Hayem (1),

(1) Th. Gaillard-Lacombe. Paris, 1874.

comme une lésion de nature lymphatique. Si, d'autre part, nous nous reportons aux recherches de MM. Von Wittich (1) et Budje (2), sur les lymphatiques intra-lobulaires du foie, nous pouvons admettre que l'altération de cet organe, dans la syphilis héréditaire, débute par l'irritation des espaces lymphatiques péricapillaires décrits par ces auteurs.

Obs. VIII. — *Syphilis héréditaire. — Eruptions cutanées. — Broncho-pneumonie spécifique. — Mort à l'âge de* 17 *jours. — Intégrité du système lymphatique ganglionnaire.* — La nommée N..., âgée de 24 ans, a déjà eu deux enfants. Elle contracta la syphilis il y a deux ans environ et fut soignée à l'hôpital Saint-Louis.

Devenue enceinte de nouveau, elle entra à la Charité, dans le service du professeur Laboulbène, où elle fut soumise au traitement spécifique.

Elle passe au commencement d'août, pour accoucher, dans le service de M. le Dr Bernutz. Elle présente à cette époque des plaques cuivrées arrondies sur la face et les bras. L'enfant vit.

M. le Dr Bernutz ordonne comme traitement une pilule de protoiodure de 0,05 centigr. chaque jour.

La malade accouche le 7 octobre. L'enfant n'a guère plus de huit mois. Le 10, il présente un coryza double. Il respire mal. On entend des deux côtés, dans la poitrine, des râles humides. De petites ulcérations, analogues à des aphthes, se produisent dans le pli gingivo-labial.

La langue est rouge, luisante.

On soumet l'enfant à des frictions journalières d'onguent mercuriel. Le 14, les aphthes sont guéris.

Le 15 octobre, se fait sur le cou, au-dessus de la clavicule gauche, une éruption de plusieurs groupes de vésicules miliaires. L'œil droit est atteint de conjonctivite muco-purulente, sans réaction inflammatoire bien marquée.

Un autre groupe de vésicules se montre à l'angle externe de l'œil gauche. L'enfant les déchire : une ulcération superficielle leur succède.

Le 18 octobre, des plaques érythémateuses s'étendent autour des vésicules, qui se flétrissent.

(1) Von Wittich. Lymph. du foie. Centralblatt, p. 914, 1874.

(2) Budje. Arbeit aus der Phys. Anstalt zu Leipsig, p. 81, 1876.

Des syphilides en plaques apparaissent sur le tronc, les fesses. On observe, çà et là, des excoriations, des fissures. L'enfant boit à peine. Il a une diarrhée abondante, d'un jaune pâle, crie et se plaint sans cesse, et dépérit chaque jour.

Des fissures se produisent aux commissures palpébrales. Quelques vésicules se montrent dans le sillon mento-labial. La face est livide, la respiration gênée. L'enfant tousse. On lui applique dans le dos un vésicatoire qui ne prend pas.

Il meurt le 24 octobre, avec la face ridée et l'aspect d'un petit vieillard.

L'autopsie est pratiquée le lendemain.

La taille de l'enfant est de 52 centimètres.

La partie supérieure du tronc est le siège d'une desquamation furfuracée.

Le foie paraît sain, ainsi que la rate.

Le cœur est distendu, surtout à droite, par des caillots fibrino-cruoriques. Les poumons présentent des foyers diffus de broncho-pneumonie syphilitique. Les reins et les capsules surrénales sont sains. Les cartilages épiphysaires du tibia et du fémur sont ramollis, et se déchirent aisément.

La zone d'ossification, d'un rouge foncé, est atteinte d'infiltration gélatiniforme.

Si nous recherchons l'état du système lymphatique, nous trouvons les troncs de la surface du foie et de ses replis séreux parfaitement sains.

Il n'existe pas de ganglions hypertrophiés, soit dans le mésentère, où ils sont congestionnés, soit dans les régions lombaire, cœliaque, médiastine.

Le canal thoracique est normal. Les ganglions du hile du foie, de la rate, ont le volume de têtes d'épingle, ainsi que ceux du cou, de la racine des membres.

L'examen histologique du foie, de la rate, des reins, nous a montré ces organes parfaitement sains. Les poumons sont atteints des lésions de la pneumonie syphilitique. Les ganglions lymphatiques offrent un aspect tout différent de celui des ganglions syphilitiques.

On y distingue aisément les follicules et les canaux de la pulpe, et le réticulum offre une grande netteté.

Aspect physiologique des ganglions lymphatiques chez les tout jeunes enfants. — D'après ces trois dernières observations et les

autres autopsies d'enfants en bas âge que nous avons faites nous chercherons à décrire ici l'aspect physiologique du système lymphatique ganglionnaire dans les premiers mois de la vie :

Les ganglions superficiels sont, pour la plupart, trop petits pour se laisser découvrir par le palper. On les trouve par la dissection, noyés dans une couche épaisse de tissu adipeux. Leur volume commun est celui d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil. Souvent ils sont légèrement aplatis.

Tels sont les ganglions du coude, de l'aisselle, du creux poplité, du pli de l'aine.

Les ganglions iliaques externes, hypogastriques et sacrés, les ganglions carotidiens, sterno-mastoïdiens, sous-maxillaires et cervicaux présentent des dimensions approchantes. Leur teinte, d'un gris tirant sur le violet, varie suivant le degré de congestion ultime.

Les glandes lombaires et mésentériques, celles du médiastin et du hile du poumon, sont parfois un peu plus volumineuses. Leur diamètre peut atteindre trois ou quatre millimètres, pour celles du mésentère surtout, chez les enfants de quelques mois.

Les ganglions du hile du foie et de la rate, de la face supérieure du diaphragme, sont de dimensions fort exiguës, notamment pour le groupe situé entre la base du péricarde et l'appendice xiphoïde. Nous en dirons autant des ganglions situés le long des deux courbures de l'estomac et de l'artère splénique.

Le canal thoracique s'isole assez facilement dans le faisceau vasculaire prévertébral.

Dans notre observation n° 7, nous l'avons trouvé rempli d'une lymphe citrine ; on le suivait aussi facilement qu'à l'ouverture du corps d'un lapin que l'on vient de sacrifier.

Les troncs lymphatiques superficiels du foie et ceux du hile sont très visibles dans les autopsies de jeunes enfants. Ils s'injectent facilement par piqûre avec une canule tranchante, et l'on y suit pas à pas l'excellente description de M. le professeur Sappey (1).

Si nous rapprochons de cette description nos cas pathologi-

(1) Sappey. Traité d'anat. descriptive, p. 862, t. II, 1876.

ques, nous nous rappelons au contraire que, dans nos observations 1 et 2, où le foie était profondément atteint, on ne distinguait plus que partiellement les lymphatiques sous-séreux de la surface du foie. Ces vaisseaux offraient une teinte opaline et semblaient entourés d'une zone d'irritation. Le canal thoracique, dans nos quatre cas d'hypertrophie ganglionnaire, n'a pu être distingué des organes voisins, noyés au milieu des glandes lymphatiques tuméfiées.

Ces dernières sont partout augmentées de volume, mais les ganglions superficiels sont toujours bien moins gros que les ganglions profonds, à moins qu'une action étrangère ne s'ajoute à celle de la syphilis.

Ainsi, dans notre troisième observation, le volume énorme et l'infiltration caséeuse des ganglions sous-maxillaires dépendent de la complication de diphthérie, qui enleva le petit malade.

Chez cet enfant, nous avions constaté, dès l'entrée à l'hôpital, l'engorgement des ganglions du cou. Il ne présentait aucune lésion du cuir chevelu.

Le cinquième enfant, dont nous n'avons pu faire l'autopsie, avait les ganglions sous-maxillaires et cervicaux assez volumineux pour qu'on pût les sentir par le palper. Peut-être, étant prévenu de la possibilité de ces adénopathies, les eussions-nous reconnues par un examen minutieux dans le pli de l'aine et dans l'aisselle, où elles existaient à l'autopsie, chez les quatre premiers sujets.

Les ganglions profonds, comme les superficiels, sont fort augmentés de volume : leurs dimensions, à l'état physiologique, sont toujours supérieures à celles de ces derniers. Le même rapport existe dans les cas pathologiques.

Nous remarquerons l'énorme adénopathie de la région lombaire et du mésentère.

Dans notre quatrième observation, le ventre, saillant, globuleux, donnait à l'enfant l'aspect d'un jeune tuberculeux atteint du carreau.

Les ganglions du hile du foie et de la rate, ceux des épiploons, de la région prévertébrale, les ganglions cœliaques sont constamment triplés ou quintuplés de volume. Les grou-

pes ganglionnaires situés en arrière de l'appendice xiphoïde et autour de la veine cave inférieure, au contact de la face supérieure du diaphragme, se trouvent constitués par trois ou quatre glandes du volume d'une lentille ou d'un petit pois.

Nous nous souvenons qu'à l'état physiologique ces ganglions sont assez petits pour qu'on ait de la peine à les découvrir. Tous les ganglions du médiastin présentent un volume considérable, surtout dans les observations 3 et 4, ce que nous expliquerons, dans ces deux cas, par l'âge plus avancé des jeunes sujets et la gravité des lésions pulmonaires.

Les ganglions bronchiques intra-pulmonaires sont également hypertrophiés.

M. le professeur Parrot semble n'avoir pas observé ces adénopathies dans la syphilis héréditaire. Nous croyons utile de citer à ce sujet un extrait des Cliniques de l'hôpital des Enfants Assistés :

« Contrairement (1) à ce que l'on observe chez l'adulte, l'adénopathie syphilitique est rare chez les enfants du premier âge.... Ce fait a frappé tous les observateurs, ceux qui ont précédé Bertin, et ceux qui l'ont suivi. Les ganglions atteints sont, par ordre de fréquence, les inguinaux, les axillaires et les cervico-maxillaires, et, contrairement à l'opinion de Bertin, l'on peut dire que l'adénopathie inguinale est de beaucoup la plus fréquente, ce qui n'a rien de surprenant, puisque les lésions cutanées ont une prédilection incontestable pour les membres inférieurs.... Les ganglions se présentent quelquefois en pléïades.... Le plus souvent on ne les découvre que par le toucher.... *L'adénopathie est toujours consécutive aux lésions cutanées....* M. Devaux dit pourtant l'avoir observée dans l'aisselle, chez un enfant qui avait la peau absolument intacte. J'admets volontiers, dans quelques cas, l'absence d'une éruption cutanée actuelle, mais, sachant combien sont fréquents les cas de guérison de ces syphilides..., je suis convaincu que, chez l'enfant dont parle M. Devaux, l'adénopathie axillaire, si elle n'était pas symptomatique de la vaccine, avait été provo-

(1) Progrès médical, p. 475, 1878.

quée par une altération syphilitique de la peau, disparue au moment de l'observation.... Est-il possible d'expliquer la rareté de cette adénopathie syphilitique ? Oui, sans doute : les ganglions lymphatiques des enfants très jeunes sont moins développés, moins sensibles qu'ils ne le seront plus tard. Ceux des bronches et de la trachée, si constamment malades dans les affections pulmonaires, chez les sujets d'un âge un peu plus avancé, sont, dans ces mêmes états morbides, très difficiles à apercevoir, chez les nouveau-nés. »

L'opinion de M. le professeur Parrot nous semble bien absolue, et, d'après nos observations, trop peu nombreuses, il est vrai, pour établir la fréquence des adénopathies dans la syphilis héréditaire, d'après les faits cités par d'autres observateurs, et que nous avons relatés dans l'historique, nous croyons qu'on les doit rencontrer assez fréquemment.

En effet, nous avons eu quatre autopsies concluantes sur une douzaine de cas de syphilis héréditaire. Il est probable qu'on trouverait des faits analogues dans la pratique journalière des hôpitaux spéciaux.

Toutefois, nous n'avons pas observé ces lésions des ganglions lymphatiques chez les fœtus mort-nés ou macérés dans la cavité utérine. Dans les quatre observations qui font l'objet de ce mémoire, les enfants présentaient un certain embonpoint, une apparence de vigueur qui contrastait avec leur état apathique et leur visage pâle et terne.

Ils étaient atteints d'une anémie profonde.

Dans notre troisième cas, nous avons constaté sur les coupes du foie, du rein, du poumon, une abondance de globules blancs dans les capillaires sanguins. Nous regrettons de n'avoir pas fait la numération des globules du sang pendant la vie, mais nous croyons qu'il peut exister quelque rapport entre cette cachexie spéciale et l'altération des glandes lymphatiques.

De l'autonomie des adénopathies de la syphilis héréditaire. — Conclusions.—Après avoir établi l'existence de ces adénopathies, nous devons leur assigner la place qui leur est due parmi les manifestations si nombreuses de la syphilis héréditaire.

Nous avons vu que M. le professeur Parrot les considère

comme très rares et les subordonne de la façon la plus absolue aux lésions cutanées.

De même, MM. Cornil et Ranvier, dans leur excellent Manuel d'anatomie pathologique, rattachent les adénopathies profondes de la syphilis tertiaire aux lésions viscérales :

« .... Dans un cas (1) où il y avait en même temps des gommes de l'estomac et du foie, tous les ganglions situés au devant du trépied cœliaque, au bord supérieur du pancréas, au voisinage du pylore et autour des bronches, étaient tuméfiés et durs.... Il s'était produit une inflammation de toutes les voies lymphatiques du ganglion, inflammation consécutive à celle des vaisseaux lymphatiques afférents, et ayant pour origine les lésions syphilitiques du foie et de l'estomac. »

Devons-nous, à l'exemple de M. Parrot et de M. Cornil, mettre les adénopathies superficielles sous la dépendance des lésions cutanées, et les adénopathies profondes sous la dépendance des lésions viscérales?

Nous ne le croyons pas.

Envisageons tout d'abord les adénopathies superficielles :

Dans notre seconde observation, nous avons noté des éruptions sur la face et le tronc ; des érosions et des fissures aux fesses et au pli de l'aine.

Les ganglions superficiels étaient cependant bien moins volumineux que chez le troisième enfant, qui avait eu très peu de manifestations cutanées.

Dans notre quatrième cas, les plaques érythémateuses du scrotum, des fesses et du haut des cuisses ne sont apparues que dix jours avant la mort. Elles ne peuvent donc nous expliquer l'hypertrophie des ganglions de l'aine et du cou.

D'autre part, dans les observations VI, VII, VIII, où il n'y avait guère comme lésions spécifiques que des éruptions et des fissures cutanées, nous avons constaté l'intégrité des ganglions superficiels.

A leur tour, les adénopathies profondes existent souvent sans aucune lésion des viscères voisins :

(1) Cornil et Ranvier, Hist. path., p. 656, t. 1, 1881.

Dans nos quatre autopsies confirmatives, les ganglions du mésentère étaient très volumineux, tandis que le tube digestif se montrait parfaitement sain.

Chez les deux premiers enfants, les altérations syphilitiques sont localisées dans le foie et la rate.

Chez les deux derniers, nous ne les rencontrons que dans les viscères thoraciques.

Malgré cette répartition différente des lésions viscérales, l'hypertrophie des ganglions, chez chacun de ces sujets, est égale dans le thorax et l'abdomen.

Enfin, dans notre septième observation, où le foie est malade, il n'y a, au hile de cet organe, aucune augmentation de volume des ganglions lymphatiques, comme d'ailleurs dans toutes les autres régions.

Il est donc bien loin d'y avoir une relation constante entre les adénopathies et les manifestations cutanées et viscérales de la syphilis héréditaire.

Le désaccord qui paraît exister entre nos observations et celles de M. le professeur Parrot tient sans doute à ce qu'il fait rentrer au nombre des adénopathies spécifiques les adénites simples étrangères à la syphilis.

Ces adénites, consécutives à l'irritation des réseaux superficiels, et que l'on rencontre soit à la suite des érosions cutanées, si fréquentes chez les jeunes enfants, soit à la suite de la vaccine, ou du croup, comme nous l'avons décrit à la région sous-maxillaire, chez notre troisième sujet, sont toujours localisées.

Au contraire, les adénopathies syphilitques que nous avons observées envahissent à la fois la généralité des ganglions lymphatiques, et sont liées à l'état constitutionnel du sujet.

Plusieurs des auteurs qui les ont entrevues les classent à part, et tendent à leur reconnaître une existence indépendante des autres manifestations de la syphilis héréditaire.

Nous avons vu dans l'historique que, dès 1810, M. Bertin insistait sur ce point et les comparaît aux adénopathies scrofuleuses, tout en indiquant quelques données du diagnostic différentiel.

A son tour, le professeur von Bœrensprung ne rattache aucunement les lymphadénites profondes aux lésions viscérales, et les distingue des adénites consécutives à l'irritation des réseaux cutanés.

Le Dr Campana, de Naples, admet également, dans la syphilis héréditaire, la coexistence des adénopathies thoraciques et abdominales avec l'intégrité des muqueuses correspondantes.

M. le Dr Lancereaux est plus affirmatif.

Ses descriptions, qui se rapportent à la syphilis tertiaire de l'adulte, ont beaucoup d'analogie avec nos cas de syphilis héréditaire.

Dans les faits qui lui sont personnels (1), il s'agit de l'hypertrophie des ganglions inguinaux profonds, lombaires, cœliaques, des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, du médiastin et du mésentère qui étaient quadruplés ou quintuplés de volume, et formaient une véritable chaîne depuis les régions inguinales jusqu'au diaphragme.

M. le Dr Lancereaux a souvent rencontré (2) ces altérations tertiaires des ganglions lymphatiques sans qu'il y eût de manifestations morbides dans les organes correspondants. Il rejette donc l'existence d'une relation constante entre les lymphadénites profondes et les lésions viscérales de la syphilis tertiaire.

Nous croyons pouvoir nous autoriser de l'opinion de M. le Dr Lancereaux, en raison des analogies nombreuses que l'on reconnaît généralement entre la période dite tertiaire de la syphilis acquise et la syphilis héréditaire.

L'opinion de ces maîtres confirme nos faits pathologiques. A leur exemple, nous accordons aux adénopathies généralisées de la syphilis héréditaire une existence propre, indépendante des autres manifestations cutanées et viscérales.

Comme nous l'avons démontré plus haut, aucune relation directe ne les y rattache.

Les ganglions lymphatiques subissent au même titre que les différents viscères les atteintes de la syphilis héréditaire.

---

(1) Lancereaux, Traité d'anat. path., t. II, 1879.

(2) Lancereaux, Traité de la syphilis, p. 289, 1874.

Toutes ces lésions sont contemporaines; elles évoluent parallèlement sous la dépendance du même état constitutionnel.

Souvent les ganglions lymphatiques restent indemnes. Parfois ils sont profondément altérés, alors que la peau, les muqueuses, le foie, la rate, les poumons, les os, ont à peine subi l'action du virus syphilitique.

Nous croyons avoir établi, au point de vue de l'anatomie pathologique, l'autonomie des lésions ganglionnaires généralisées, dans la syphilis héréditaire, chez les enfants en bas âge.

Quelques réflexions cliniques compléteront utilement notre travail.

Nous chercherons, en premier lieu, s'il est possible de reconnaître pendant la vie cette forme ganglionnaire de la syphilis, que nous venons de décrire :

M. le Dr Parrot, dans ses cliniques de l'année 1881, à l'hôpital des Enfants-Assistés, reconnaît que les jeunes syphilitiques présentent parfois un ensemble de symptômes bien différents des descriptions de la plupart des auteurs :

« Un signe (1) auquel on a accordé une grande importance manque le plus souvent; nous voulons parler de cette teinte bistrée, de l'aspect cachectique, du facies vieillot qu'on observe parfois chez les syphilitiques, mais qui, la plupart du temps, seraient dus à l'athrepsie. Il n'est pas rare de rencontrer de petits syphilitiques qui ont une très belle apparence et nullement le facies particulier qu'on a voulu leur attribuer. Pourtant, chez les très jeunes enfants, la peau peut avoir une coloration jaune clair, presque chlorotique. »

M. le professeur Trousseau (2) avait également remarqué que certains enfants syphilitiques, « robustes et bien organisés, ayant apporté en venant au monde assez de forces en réserve pour traverser cette dure épreuve, s'affaiblissent, deviennent tristes, maigrissent peu et restent plutôt bouffis, avec une pâleur œdémateuse ».

(1) Parrot. Diagnostic de quelques-unes des formes de la syph. hérédit. In Annales de derm. et syph., p. 113, 1881.

(2) Trousseau. Clinique de l'Hôtel-Dieu, p. 666, 1862.

Ces descriptions nous rappellent avec une exactitude frappante les symptômes généraux de nos cinq sujets atteints de syphilis ganglionnaire :

Tous sont venus au monde avec les apparences de la santé. Au bout de quelques semaines, de quelques mois seulement se sont manifestés les premiers symptômes de syphilis.

Le coryza a été le plus précoce. Il s'est montré, sans cause apparente, des deux côtés à la fois. La sécrétion nasale, abondante, ichoreuse, se concrétait sous forme de croûtes jaunâtres à l'orifice des narines.

Puis sont apparues sur le visage, le tronc et les membres des macules cuivrées, quelques pustules d'ecthyma, et de larges plaques érythémateuses à la partie supéro-interne des cuisses. Nous avons observé quelques bulles de pemphigus aux extrémités, quelques fissures aux lèvres, aux paupières, à l'anus.

Toutes ces manifestations cutanées, bien connues dans la syphilis héréditaire, se sont montrées, dans nos cinq premiers cas, d'une discrétion remarquable.

Les éruptions ont disparu bien avant la mort, sans laisser de traces caractéristiques.

Il semble que les atteintes de la syphilis se soient cantonnées dans les organes profonds.

Dès l'apparition des premiers symptômes spécifiques, ces enfants présentaient, en effet, une teinte pâle et anémique de la peau, un regard terne, un visage triste et sans expression, contrastant singulièrement avec un certain embonpoint et une apparence de vigueur.

Ils prenaient avidement le sein, comme pour résister au mal profond dont ils sentaient l'atteinte.

La nuit, ils agitent les jambes dans le berceau et poussent des cris plaintifs.

Des vomissements quotidiens, une diarrhée jaunâtre, épuisent les petits malades, qui s'affaiblissent progressivement, sans toutefois maigrir d'une façon notable.

Les yeux sont parfois cerclés de noir, le visage est bouffi, et il existe une sorte d'état œdémateux du tissu cellulaire souscutané.

C'est alors que l'on peut découvrir des ganglions hypertrophiés dans les régions cervicale, sous-maxillaire, axillaire et inguinale. Le ventre est volumineux, légèrement affaissé sur la ligne médiane, comme dans la péritonite tuberculeuse. La matité du foie est fort étendue. Par le palper, on constate, si l'enfant s'y prête, une rénitence étendue à toute la zone sous-ombilicale. Dans notre quatrième observation, nous avons pu reconnaître pendant la vie l'augmentation de volume des ganglions du mésentère.

Ces adénopathies de la syphilis héréditaire se distinguent des adénopathies consécutives à l'irritation des réseaux cutanés et des hypertrophies ganglionnaires de la scrofule par le volume beaucoup plus petit des ganglions malades, l'absence d'adhérences cutanées et de tendance à la suppuration.

Dès que l'on a pu constater l'altération des glandes lymphatiques, on voit l'état général s'aggraver. Les vomissements cessent parfois dans les derniers jours, car le petit malade refuse toute nourriture. Il gît immobile dans le berceau. Les extrémités prennent une teinte livide, la respiration se ralentit et la mort fait suite à cette période comateuse plus ou moins prolongée, à moins qu'une complication, telle que la diphthérie, ne vienne hâter le terme fatal.

Cette anémie prononcée des jeunes syphilitiques, « ... tellement remarquable (1), d'après M. le D[r] Cuffer, que l'on peut pressentir, dans certains cas, la syphilis héréditaire à l'aspect de l'enfant, » attira l'attention de cet observateur sur l'état du sang.

L'apparence anémique correspond, chez eux, à un état d'aglobulie très évident. « ... Non seulement les globules rouges sont diminués de nombre, mais encore extrêmement pâles; quelquefois ils sont absolument décolorés. De plus, le sang est très fluide, aqueux pour ainsi dire. ... Quant aux globules blancs, leur augmentation et leur diminution de nombre ne semblent soumises à aucune règle.... »

L'auteur avait pensé qu'à l'altération de la rate, si fréquente

(1) Cuffer. Recherches sur les altérations du sang dans quelques maladies des enfants du premier âge. In Revue méd. et chir., p. 526, 1878.

dans la syphilis héréditaire, pouvait se rattacher la même altération du sang que l'on observe dans la leucocythémie splénique.

Ses recherches ne l'ont conduit à aucune conclusion.

Nos observations d'adénopathies généralisées avec hypertrophie de la rate, dans la syphilis héréditaire, nous permettent à notre tour de rapprocher la forme ganglionnaire de cette affection de la forme spléno-lymphatique de la leucocythémie.

Nous savons, d'ailleurs, que cette hypertrophie des glandes lymphatiques correspond chez l'adulte à une anémie profonde et progressive, à un affaiblissement général, sans amaigrissement notable, et sans augmentation du nombre des leucocytes dans le sang.

Le teint pâle et décoloré de nos jeunes syphilitiques atteints d'adénopathies généralisées, la fréquence des vomissements, de la diarrhée, la tendance aux œdèmes et aux hémorrhagies aux approches de la mort, sont autant de symptômes communs à ces deux états morbides.

L'analogie des lésions histologiques, caractérisées dans l'une et l'autre affection par la multiplication des éléments nucléaires de la rate et des ganglions lymphatiques, par l'accroissement de volume de leurs follicules, l'accumulation des leucocytes dans les voies de la lymphe et l'épaississement de leur trame conjonctive, confirme ce rapprochement de la forme ganglionnaire de la syphilis héréditaire, que nous avons décrite, avec la leucocythémie spléno-lymphatique de l'adulte.

Le pronostic est grave dans l'un et l'autre cas; la vie nous semble peu compatible avec des lésions aussi étendues des organes de l'hématopoïèse.

Nous n'insisterons pas sur le traitement. Les frictions mercurielles, qui paraissent réussir dans quelques cas de syphilis héréditaire, ont complètement échoué chez nos cinq sujets atteints d'adénopathies spécifiques.

Peut-être ce mode de traitement, que recommandent la plupart des auteurs chez les jeunes syphilitiques, joint à une alimentation tonique et réparatrice, pourrait-il donner quelques succès tout au début du mal.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, succ., impr. de la Faculté de Médecine, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.